

出席停止証明書

愛媛県立新居浜南高等学校

____年次 ____組 ____番

氏名 _____

病名： _____

上記疾患にて ____月 ____日から ____月 ____日までの登校を
停止し、静養が必要と認めます。

令和 ____年 ____月 ____日

診療機関名

_____(医師名) _____印